Rok XXVIII. Kraków, 30 Listopada 1889. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota. w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

I. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Streszczając ten pogląd widzimy, że zarzucono dawne cięcie płatowe z powodu zbyt wielkiego niebezpieczeństwa ropienia z niem połączonego. Chcąc gojenie się rany doraźne zabezpieczyć przedsięwzięto cały szereg usiłowań, które w cięciu linijowem Graefego ostateczny swój wyraz znalazły. Ale doświadczenie przekonało, że sposób Graefego zmniejszając odsetkę przypadków ropienia z 8 do 12 na 2 do 3, sprowadza za to zbyt często plastyczne zapalenie tęczówki, i ciałka rzęskowego, a w dalszem ich następstwie zarośnięcie źrenicy, jaskrę, zanik gałki ocznéj i nieznane po dawnem wydobyciu płatowem zapalenie współczulne oka drugiego. Celem uniknięcia tych następstw cięcia linijowego obwodowego, powrócono po rozmaitych jego zmianach ostatecznie znów do cięcia płatowego.

Zdawaćby się więc mogło na pozór, że nauka w ciągu tych 30 lat błąkała się po manowcach, a raczéj obracała się w kole błędnem, aby po najrozmaitszych próbach i doświadczeniach powrócić w końcu tam, gdzie się na początku tego okresu znajdowała. Tak jednakże nie jest, nauka postępowała owszem ciągle, choć przyznać potrzeba, że unikając jednych błędów i niebezpieczeństw, popadała w drugie, kroczyła więc do celu stopniowo i jak się to często wydarza, drogą nienajkrótszą. Powróciliśmy więc wprawdzie do cięcia płatowego, ale dzisiejsze cięcie płatowe nie jest, jak to już jego nazwa: cięcie płatowe o b w o d o w e wskazuje, tem samem, któreśmy przed ćwierć wiekiem porzucili, lecz różni się od niego bardzo co do swoich własności zasadniczych.

Wyjaśni to najlepiéj rozpatrzenie się w warunkach, których dopełnić powinna ranka, służąca do wydobycia zaćmy. Odpowie ona temu zadaniu dokładnie, jeżeli mieć będzie własności następujące:

1. Dostateczne rozmiary i taką zdolność rozdziawiania się, iżby katarakta wystąpić przez nią mogła łatwo i swobodnie, przeważnie pod wpływem naturalnéj siły popędowéj (t. j. ucisku śródocznego), wspieranéj o ile można najmniejszym uciskiem zewnętrznym.

2. Przy dostatecznéj zdolności rozdziawiania się brzegi ranki winny stulać się dokładnie tak, żeby jéj zamknięcie ostateczne i t r w a ł e nastąpić mogło jak najrychléj. W czemkolwiek bowiem szukano i upatrywano dawniéj przyczynę ropienia, my wiemy obecnie, że niema ropienia bez zakażenia, czy to pierwotnego podczas saméj operacyi, czy późniejszego podczas leczenia pooperacyjnego. Od pierwszego zabezpieczamy się postępując podczas operacyi tak co do oka operowanego, jako też co do narzędzi operacyjnych, rąk operatora i asystenta, o ile można najściśléj bezgnilnie. Zakażenia późniejszego unikamy, postępując tak samo bezgnilnie i podczas sprawy gojenia, tem snadniéj i pewniéj, im rychléj ranka zamknie się t r w a l e. Wszelka bowiem zwłoka w zamknięciu się ranki, tudzież każde jéj otwarcie się ponowne po chwilowem zamknięciu przedłuża, a względnie na nowo sprowadza niebezpieczeństwo zakażenia i ropienia.

3. Obok dostatecznych rozmiarów i odpowiedniéj postaci ułatwiającéj rodziawianie się podczas, a szybkie i dokładne zamknięcie po operacyi, winna ranka mieć takie położenie, iżby jak najmniéj usposabiała do opadnięcia tęczówki i upływu ciałka szklanego, a zaćmie wystąpienie po najkrótszéj drodze i przy najmniejszem skręcaniu około swéj osi umożliwiała, sama zaś unikała zbyt bliskiego sąsiedztwa z częściami oka, odznaczającemi się swoją uraźliwością.

Dołączone rysunki dadzą wyobrażenie o rozmiarach, postaci i położeniu trzech w mowie będących ranek i pozwolą wywnioskować ich własności.


Fig. 1.

Dawne cięcie płatowe (fig. 1), obejmujące przynajmniej połowę podstawy rogówkowéj (o 12 mm. średnicy) tworzy płat, którego podstawa 9 do 10 milim., a wysokość 4·5 do 5 mm. wynosi. Ostatnia ma się zatem do pierwszéj jak 1 do 2. Ale mniejsza lub większa zdolność rozdziawiania się ranki zawisła od stosunku jéj podstawy do wysokości płata, a gdy ta ostatnia jest względnie do pierwszéj bardzo znaczna, odznacza się więc ranka płatowa bardzo wielką zdolnością rozdziawiania się. Ranka płatowa może się też istotnie bardzo łatwo na 4 mm. i więcéj rozdziawić tak, iż zaćmie swobodne w całem tego słowa znaczeniu wystąpienie zabezpiecza, odpowiada ona zatem pierwszemu warunkowi w zupełności. Ale tę wielką zdolność rozdziawiania się ma ranka płatowa nie tylko podczas, ale także i po operacyi. Brzegi jéj nie stulają się więc dość szczelnie, co sprawia, że taka ranka wymaga do mocnego i trwałego zamknięcia się dłuższego czasu i bardzo spokojnego zachowania się chorego po operacyi przez czas dłuższy, a stosunkowo małe nawet uchybienie pod tym względem, lub drobne przypadkowe urazy zewnętrzne, samo wreszcie pęcznienie pozostałych w oku szczątków zaćmy łatwo sprowadzają w kilka nawet dni po operacyi pęknięcie ranki. Z tych powodów niebezpieczeństwo późniejszego zakażenia ranki i opadnięcia w nią tęczówki jest wielkie i trwa długo, ztąd też znaczna odsetka przypadków ropienia. Ranka nie leży naprzeciw brzegu soczewki, która skręcić się zatem musi dość znacznie około swéj osi, aby w nią wstąpić, co się znów z naprężeniem obwódki Zinna łączy. Ta okoliczność razem z wielką skłonnością do rozdziawiania się ranki tłomaczy nam większe niebezpieczeństwo upływu ciałka szklanego.


Fig. 2.

Szczelinowata ranka Graefego (fig. 2.) odznacza się, nawet w późniejszych swoich odmianach lekko płatowych małą zdolnością rozdziawiania się, skutkiem czego katarakta przez nią trudniéj i dopiero przy zastosowaniu silniejszego ucisku zewnętrznego występuje, a dokładne oczyszczenie źrenicy większe trudności napotyka. W zamian za to zamyka się ona szczelnie i goi szybko, zakażenie i ropienie wydarza się zatem rzadko. Przyczynia się do tego i położenie cięcia przeważnie w twardówce, bo ranki téj ostatniéj okazują bądź co bądź mniejszą skłonność do ropienia od ranek rogówkowych.

Ale zbyt obwodowe położenie ranki Graefego pociąga za sobą potrzebę szerokiego i bardzo dokładnego wycinania tęczówki (które przecież nie zabezpiecza dostatecznie od jéj opadnięcia i wgłobienia), usposabia do upływu ciałka szklanego i sprowadza nierzadko ciężkie zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego z następstwami, o których kilkakrotnie była już wzmianka.


Fig. 3.

W cięciu płatowem obwodowem (fig. 3.) nareszcie, obejmującem $^1/_3$ do $^2/_5$ części obwodu rogówkowego, wynosi długość podstawy przynajmniéj 11·32 mm, a wysokość płatu 3·5 do 4 mm., ta ostatnia ma się zatem do pierwszéj mniéj lub więcéj jak 1 do 3. Stosunek ten nadaje rance płatowéj obwodowéj zdolność rozdziawiania się wprawdzie nie tak wielką (zbyteczną), jak ją ma dawne cięcie płatowe, ale przecież bez żadnego porównania większą od cięcia linijowego, w każdym razie bardzo dostateczną do swobodnego wystąpienia zaćmy i łatwego oczyszczenia źrenicy z resztek. Szczelniejsze za to bez porównania od dawnego cięcia płatowego stulanie się jéj brzegów zabezpiecza szybkie i łatwe gojenie się, zmniejsza tem samem niebezpieczeństwa zakażenia i ropienia, a chorym dozwala takiéj saméj swobody w zachowaniu się jak po operacyi Graefego. Bardziéj obwodowe jéj położenie, w porównaniu z dawną ranką płatową, usposabia wprawdzie więcéj do opadnięcia tęczówki, ale zbytecznem za to czyni mocniejsze skręcanie się zaćmy, na czem znów łatwość jéj wystąpienia (zmniejszona nieco z powodu mniejszéj zdolności rozdziawiania się) zyskuje. Z drugiéj strony ranka przebiega znacznie mniéj obwodowo od ranki linijowéj Graefego, co jéj znów niebezpieczeństwa téj ostatniéj już kilkakrotnie wspomniane odejmuje, a wycinanie szerokiego kawałka tęczówki zbytecznem czyni. Stojąc co do swego położenia, postaci i wynikających z nich własności w pośrodku między dawną ranką płatową a ranką linijową obwodową, cięcie płatowe obwodowe łączy w sobie szczęśliwie korzyści obu tych ranek, unikając ich najgorszych wad i niebezpieczeństw.

Zalecane i wykonywane przez Weckera od roku 1875 cięcie płatowe obwodowe upowszechniało się zrazu przeważnie we Francyi. W Niemczech torowało ono sobie drogę tylko zwolna, a dopiero w ostatnich latach zyskuje coraz liczniejszych zwolenników tak, iż obecnie powszechne jego przyjęcie w najbliższym czasie nie ulega już wątpliwości. O powrocie do cięcia płatowego rozstrzygnęło ostatecznie wprowadzenie postępowania przeciwgnilnego do okulistyki, a w szczególności przy operacyjach ocznych. Odkąd bowiem poznano, że przyczyną tak częstego po dawnem wydobyciu płatowem ropienia nie było, ani położenie ranki w rogówce, pozbawionéj naczyń krwionośnych, ani jéj postać płatowa, ani wreszcie ugniecenie rogówki i tęczówki, lecz zakażenie ranki podczas lub po operacyi, odpadł też i właściwy powód dalszego uskuteczniania cięcia obwodowego linijowego, które, mając wiele stron ujemnych (trudniejsze występowanie zaćmy, częstsze opadanie i wrastanie tęczówki ze swojemi następstwami itd.) w porównaniu z cięciem płatowem, górowało nad niem jedynie znacznie mniejszem niebezpieczeństwem ropienia i istotnem, znacznem zmniejszeniem jego odsetki.

Zwolennicy cięcia płatowego obwodowego różnią się głównie i poniekąd zasadniczo w tem, że jedni są za równoczesnem wycinaniem tęczówki, inni uważają je, przynajmniéj w przeważnéj większości przypadków, za zbyteczne lub zgoła szkodliwe. Sprawa ta była na zjeździe okulistów niemieckich w roku 1887, równie jak na kongresie międzynarodowym okulistycznym w roku 1888 w Heidelbergu, przedmiotem rozpraw bardzo ożywionych i pouczających, które jéj jednak na żadną stronę stanowczo nie rozstrzygnęły, jak się to dziać zwykło w rzeczach spornych, które na osobistych doświadczeniach i zapatrywaniach polegają. Z mowców jednak, którzy w rozprawach roku 1888, wywołanych sprawozdaniami Gayeta i Schweiggera o operacyi katarakty, głos zabierali, pięciu tylko (Gayet z Lyonu, Gałęzowski i Wecker z Paryża, Knapp z Nowego Yorku, i Schweigger z Berlina) oświadczyło się przeciw irydektomii, wszyscy zaś inni przemawiali za nią, w czem im przyświadczyło całe zgromadzenie, składające się z 250 członków wszystkich niemal narodowości.

Wydobycie zaćmy z utrzymaniem źrenicy okrągłéj, wązkiéj i kurczliwéj jest niezawodnie ideałem operacyi. Sprawia to operatorowi niewątpliwie wielkie zadowolenie, jeżeli po takiéj operacyi idealnie wykonanéj i idealnie wyleczonéj oko całem swojem wejrzeniem tak mało różni się od oka prawidłowego, że nielekarz ani się domyśla dokonanéj na

niem operacyi, a wprawny nawet okulista dopiero badając dokładniéj, ślady jéj rozpoznaje. Zaniechanie irydektomii, zgodne zresztą z tem ogólnem prawidłem chirurgii, żeby operując urazu nad konieczną potrzebę nie zwiększać, jest więc bez zaprzeczenia wielką dla operatora pokusą. Nic też dziwnego, że z powrotem do cięcia płatowego obudziła się chęć obchodzenia się bez irydektomii tak, jak to miało miejsce w dawnéj operacyi płatowéj. Jakoż niebawem dowiodło i doświadczenie, że wydobywając zaćmę przez cięcie płatowe nowoczesne nie potrzeba koniecznie wycinać tęczówki, jak przy zbyt obwodowo położonéj rance Graefego. Idzie jednak o to, czy i jakie korzyści odnosimy z zaniechania lub wykonania irydektomii? co przemawia za i przeciw obu sposobom operowania?

Przeciwnicy irydektomii nie taili się pierwotnie wcale z tem, że im głównie o cel kosmetyczny idzie, a w rozprawie na zjeździe w Heidelbergu w roku 1887 przyznawali i najżarliwsi z nich, jak Schweigger, że wycięcie kawałka tęczówki, byle niezbyt wielkiego i ku górze, nie wpływa niekorzystnie na osiągniętą ostatecznie bystrość wzroku. Zwolennicy zaś irydektomii, a w szczególności Meyer z Paryża utrzymywali stanowczo, że na licznych chorych, operowanych na jednem oku z irydektomiją, na drugiem bez niéj, przekonali się, że utrzymanie źrenicy okrągłéj nie przedstawia ani pod względem saméj bystrości wzroku, ani pod względem jego użyteczności w ogóle żadnéj korzyści, że nawet wielu chorych dawało pierwszeństwo oku operowanemu z irydektomiją. Cokolwiekbądź uważać więc możemy, że wyższość źrenicy okrągłéj pod względem optycznym jest co najmniéj wątpliwą, w każdym razie niedowiedzioną, a jeżeli tak, to pozostawałby tylko wzgląd kosmetyczny, bądź co bądź dopiero drugorzędny. Ale i w téj mierze każden nieuprzedzony przyznać musi, że jeżeli się operuje ku górze i wycina tylko mały kawałek tęczówki, powieka górna zasłania tak ten mały ubytek, iż go bez podciągnięcia powieki górnéj nielekarz nie łatwo dostrzeże, że więc o widocznem zeszpeceniu właściwie mowy być nie może. Wynika z tego, że utrzymanie źrenicy okrągłéj, tak ponętnéj dla operatora i sprawiającéj mu takie zadowolenie, nie przedstawia dla operowanego, o którego przecież idzie, właściwie żadnéj istotnéj korzyści, a na odwrót wykonanie małéj irydektomii nie przynosi mu żadnego uszczerbku. Poświęcając natomiast kawałek tęczówki osiągamy liczne i ważne korzyści, które sami przeciwnicy [1]) irydektomii uznają, a które z nawiązką wynagradzają rzekome korzyści źrenicy okrągłéj.

1. Przedewszystkiem ułatwia wycięcie tęczówki wystąpienie soczewki z oka, a to z dwóch powodów. Po pierwsze dla tego, że tęczówka jéj nie zastępuje i nie tamuje przystępu do ranki, a powtóre z tego powodu, że operując bez irydektomii, musimy prowadzić cięcie w saméj rogówce na 1·5 do 2 mm. od brzegu twardówki, inaczéj bowiem tęczówka przeszkadzałaby zanadto wystąpieniu soczewki, a prócz tego byłoby opadnięcie tęczówki w rankę prawie nieuniknionem. Soczewka zaś mając wystąpić przez rankę, tak daleko od brzegu oddaloną, musi pierwéj skręcić się mocno około swojéj osi pozioméj brzegiem górnym ku przodowi, podczas gdy wycinając tęczówkę możemy prowadzić cięcie na saméj granicy rogówkowo twardówkowéj, albo na samym brzegu wewnętrznym rąbka spojówkowego, a w takim razie znajduje się ona prosto na przeciw brzegu soczewki, która też bez skręcania się łatwo w nią wstępuje, ile że jéj w tem tęczówka nie przeszkadza. (C. d. n.)

[1]) W e c k e r. *Les indications de l'extraction simple. Annales d'Oculistique Juillet-Août* 1885. K n a p p. *Archiv für Augenheilk. XIX Band, I Heft*, 1888. G a y e t. *Internation. Ophthalmologen-Congress* 1888.

II. O operacyjnem leczeniu hemoroid.

Podał
docent Dr. Rudolf Trzebicky.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Z pomiędzy drugiéj kategoryi sposobów leczenia guzów hemoroidalnych jednym z najdawniejszych jest doszczętne wycięcie takowych. Liczne jednak niepomyślne wyniki pozbawiły chirurgów chęci narażania tą drogą na szwank życia pacyjentów. Dopiero z rozwojem antyseptyki niektórzy operatorowie wrócili do dawnego sposobu operowania. I tak np. E s m a r c h [1]) gorąco ten sposób zaleca; chwyta on każdy poszczególny guz w kleszczyki, odcina go po nad niemi, a podwiązawszy każde broczące naczynie, zespaja ranę w błonie śluzowéj katgutem. Po wycięciu wszystkich guzów wprowadza do kiszki stolcowéj na kilka dni rurę kauczukową, owiniętą gazą jodoformową. Podobnie postępuje też W h i t e h e a d [2]), który rozpoczyna operacyję od cięć promienistych, prowadzonych pomiędzy poszczególnemi guzami, a potem wypreparowuje każdy guz z osobna przeważnie drogą tępą, rzadziéj nożyczkami do tyla, że tylko za pomocą szypułki zawierającéj naczynia pozostaje w związku z podstawą. Przez torsyję szypuły lub podwiązanie zapobiega krwotokowi z tejże, poczem następuje zespojenie drobnéj rany.

Sposobem najbliższym odcinania guzów jest o d g n i a t a n i e za pomocą osobnych narzędzi. Sposób ten podany i głównie wykonywany przez chirurgów francuskich polega na tem, że albo na każdy poszczególny guz, albo nawet na cały ich pakiet zakłada się albo łańcuszek odgniatacza, albo drut pętli i przez powolne zaciskanie usuwa guzy. Postępowanie to, słusznie dziś dość powszechnie zaniechane, okazuje cały szereg wad i niedogodności, między któremi z pewnością największą jest ta, że nie chroni rany dostatecznie od zakażenia, jak tego dowodem przypadek B r o k i i wyznania samego G o s s e l i n a [3]) gorącego orędownika téj metody. Nie mniéj ujemną stroną tego sposobu jest następowe zwężenie otworu stolcowego, częstokroć się rozwijające. Przypadek taki przedstawił w paryskiem towarzystwie chirurgów F o l l i n [4]) a i inni, n. p. R i c h a r d, oświadczyli, że niejednokrotnie doznali po tym sposobie podobnéj niespodzianki. Jako kardynalną wadę operacyi poczytać też należy, że jak przynajmniéj twierdzą niektórzy chirurdzy angielscy, wynik korzystny jest tylko bardzo przemijający, gdyż już po upływie kilku miesięcy przychodzi czasem do nawrotów choroby. Dodać tu jeszcze godzi się, że ecraseur należy do narzędzi zbyt skomplikowanych, a tem samem i łatwo się psujących, a raczéj przy uchwyceniu grubszéj warstwy tkaniny pękających. Rada G o s s e l i n a, aby szypułkę guza podzielić na kilka części i na każdą z osobna założyć osobny odgniatacz, a stopniowe zaciskanie tychże polecić kilku asystentom, zanadto przypomina robotę fabryczną, aby jéj módz przyklasnąć.

Na podobnéj zasadzie co odgniatanie guzów za pomocą odgniatacza polega także postępowanie, zalecane przez Pol-

[1]) *Die Krankheiten des Mastdarmes und Afters.* 1887, str. 180 — [2]) *The surgical treatment of haemorrhoids.* Ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1882, str. 227.— [3]) *Leçons sur les hémorrhoids* 1886 i *Du traitement des hémorrhoids* 1866. — [4]) *Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 1. str. 246.

Jocka[1]) i Benhama[2]). Operatorowie ci zakładają na podstawę guzów osobne, przez siebie wymyślone kleszcze, a odciąwszy guzy po nad niemi, zdejmują je dopiero po upływie kilku minut, tamując w ten sposób zupełnie dokładnie krwotok przez ucisk. Postępowanie to stanowi zarazem przejście do nader rozpowszechnionego sposobu operowania za pomocą podwiązki. Benham i Pollock tamują krwotok przez ucisk chwilowy kleszczami, zwolennicy ligatury przez ucisk trwały za pomocą podwiązki. Głównymi zwolennikami tej metody są Anglicy; dość spojrzeć na ich statystyki olbrzymie, aby mieć wyobrażenie o rozległem zastosowaniu ligatury. I tak n. p. Lane[3]) był świadkiem około 800 operacyj w ten sposób dokonanych, z których tylko 3 zakończyły się niepomyślnie, ale nie z ropnicy; Allingham na 400 chorych nie stracił żadnego, a z 3210 operowanych w szpitalu św. Marka zmarło 5 (z ropnicy żaden). Z chirurgów polskich, o ile wiem, operują tym sposobem prof. Kosiński i Chwat[4]). Sposób wykonania operacyi jest bardzo prosty. Jedni zakładają podwiązkę czy to jedwabną, czy też elastyczną wprost na szypułkę guza, co najwyżej wytworzywszy sobie poprzód na niej za pomocą kleszczyków rowek, inni zaś jak n. p. Salmon, Starcke[5]), Kosiński okrawują poprzód guz, aby założyć podwiązkę, ile możności na same tylko naczynia, inni wreszcie n. p. Chwat, Coates[6]), Krabbel[7]) bojąc się spadnięcia podwiązki przebijają szypułkę guza igłą nawleczoną podwójną nitką i w ten sposób dopiero podwiązują każdą połowę guza z osobna. Zacisnąwszy podwiązki jedni odcinają guz, inni zaś reponują go w całości w nadziei, że wskutek powstrzymanego dowozu krwi guz uległszy zgorzeli sam odpadnie. Dodać tu jeszcze muszę, że niektórzy n. p. Salmon, Starcke, Baum[8]) ułatwiają sobie dostęp przez wstępną sfinkterotomiję.

Rezultaty tej metody mają być nader świetne, jak już dosadnie wynika z cyfr powyżej przytoczonych. Nie mniej jednak i tu nie wszystko bez ale! Ból po tej operacyi przez kilka dni ma być wcale znaczny, czasem, a Kijewski[9]) wspomina o 2 przypadkach z kliniki prof. Kosińskiego, w których przyszło do wytworzenia zatok ropnych choć powierzchownych, Snamenski[10]) zaś widział po założeniu podwiązki na guzy hemoroidalne napad tężca, który zakończył się śmiercią. Dodać tu wreszcie winienem, że sami zwolennicy ligatury przyznają, że nie wszystkie przypadki nadają się do tej operacyi; nieodpowiedną ma ona być w przypadkach guzów płaskich, nie posiadających smukłej szypułki, przedstawiających się raczej w formie wynicowanej błony śluzowej, mocno rozpulchnionej i unaczynionej.

Z pomiędzy środków niszczących guzy znacznym rozgłosem cieszyły się dawniej alkalija i kwasy. Z pierwszych najczęściej używaną była pasta wiedeńska, a celem ochronienia części otaczających skonstruował Jobert osobną klamrę, podobną do pierścienia klamry Spencer Wellsa

[1]) *On the treatment of haemorrhoids by crushing.* Ref. w *Centralblatt für Chir.* 1880, str. 665. — [2]) *Virchow & Hirsch. Jahresbericht f.* 1881. — [3]) *Centralblatt f. Chir.* 1875, str. 685. — [4]) *Centralblatt f. Chir.* 1880, str. 722. — [5]) *Charité-Annalen* 1874: *Ein Beitrag zur Operation der Hämorrhoidalknoten.* — [6]) *On a operation for the removal of. int. pites. Brit. med. Journ.* 1881, I. — [7]) *Jahresbericht der chirurg. Abtheil. des Cölner Bürgerhospitals v. J.* 1876. *Arch. f. kl. Chir.* T. 23, str. 639. — [8]) *Centralbl. f. Chir.* 1880, str. 722. — [9]) Guzy hemoroidalne, *Pamiętnik* Tow. lek. warsz. 1885 i 1886. — [10]) *Ueber die Abbindung der Hämorrhoidalknoten des Rectums.* Ref. w *Centr. f. Chir.* 1884, str. 585.

dla ekstraperitonealnego leczenia szypułki. Środek ten jednak, o ile mi się zdaje, zupełnie już wyszedł z użycia. Częściej natomiast można się jeszcze spotkać z używaniem kwasu azotowego dymiącego, zalecanego gorąco w połowie bieżącego stulecia przez Houstona[1]), a w nowszych czasach i przez Billrotha[2]). Zastosowanie tego środka choć dość proste, zwłaszcza, że nadaje się do wykonania bez narkozy, ma jednak i liczne strony ujemne, z których najważniejszą może jest, że nie daje pewnej rękojmi przeciwko pyemii. Rozumie się samo przez się, że jakkolwiek powierzchowne przyżeganie kwasem nie wystarcza, wystrzegać się należy zbyt energicznego i rozległego zastosowania tegoż, gdyż w ten sposób można wywołać znaczne zwężenie bliznowate otworu stolcowego i kiszki, albo co gorsza jeszcze, zniszczenie tkanek głębiej położonych, jak to n. p. miało miejsce w przypadkach przytoczonych przez Ashtona, w których po przypaleniu powstała przetoka pochwowo-odbytnicowa. Zastosowanie kwasu azotowego, zdaniem Curlinga, nie nadaje się do guzów wielkich i twardych, ma zaś być wcale odpowiednem wobec guzów drobnych, płaskich, opatrzonych albo bardzo krótką szypułką, albo usadowionych na szerokiej podstawie. Curling daje rozczynowi azotanu rtęciowego (*liquor hydrargyri nitrici oxydati*) pierwszeństwo przed kwasem azotowym, gdyż wnika nieco głębiej w tkanki i trwalsze tworzy blizny.

W ostatnich latach w Ameryce gorąco poczęto zalecać wstrzykiwania kwasu karbolowego do guzów hemoroidalnych. O ile się zdaje, postępowanie to przez długie już lata było wykonywane przez lekarzy wędrujących, podobnie jak dawniej cięcie kamienia i operacyja przepukliny. Zdania o wynikach osiągniętych tym sposobem operowania są nader jeszcze podzielone. Esmarch w najnowszem swem dziele o chorobach kiszki stolcowej wprost odmawia tej operacyi racyi bytu, inni, jak n. p. Weber[3]), Sonnenburg[4]) ograniczają to postępowanie tylko do niektórych przypadków, podczas gdy jeszcze inni, n. p. Andrews[5]), Swinford Edwards[6]), Kelsey[7]), Senderling[8]), Weist[9]), Schalita[10]), Lange[11]), Hoppel[12]) gorąco je zalecają. Operacyja polega na tem, że wstrzykujemy w każdy guz strzykawką Pravaza 1 do kilku kropli kwasu karbolowego. Różnica w postępowaniu polega tylko w tem, że rozmaici operatorowie używają kwasu karbolowego w rozmaitem zgęszczeniu. I tak n. p. Sonnenburg używa rozczynu 25%, Hofmokl[13]) 50%, Lange albo czystego karbolu, albo rozczynu 50—33%, Swinford Edwards 10%, płyn zaś Kelseya waha się od rozczynu 5% aż do czystego kwasu karbo-

[1]) Curling. *Observations on the disease of the rectum* (tłom. niem. Erlanga 1853). — [2]) *Chirurg. Reminiscenzen aus dem Sommersemester* 1871. *Wiener med. Wochenschrift* 1871, Nr. 35. — [3]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha. 1885. — [4]) *W. med. Presse* 1887, str. 1579. — [5]) *Die Behandlung der H. mit parenchym. Injectionen.* Ref. w *Wien. med. Woch.* 1879, str. 1137. — [6]) *Wien. med. Presse* 1888, str. 1669. — [7]) *How to treat haemorrhoids by injections of carbolic acid.* Ref. w *Centralblatt f. Chirurg.* 1882, str. 675 1886, str. 188. — [8]) *Carbolic acid in ext. haemorrhoids Med. a. surg. Rep.* 1879, str. 218. — [9]) *Treatment of haem. by inj. of carb. ac.* 1879. — [10]) *Zur Frage von der op. Behandlung der Hämorrhoiden.* Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1885, str. 787. — [11]) *Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden.* Sprawozd. z 16-go zjazdu chirurgów niemieckich. *Centralblatt f. Chir.* 1887. — [12]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha 1884. — [13]) *Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung* 1881.

lowego. Także i w tem jest różnica postępowania chociaż nieznaczna, że jedni operują za jednym zawodem wszystkie guzy, drudzy zaś ograniczają się za każdym razem do 2—3 guzów. Guzy po wstrzyknięciu nabrzmiewają i twardnieją, aby się po kilku dniach znów skurczyć i dojść do rozmiarów drobnych, nie dolegających już choremu fałdów skórnych. Wyjątkowo tylko jednorazowe wstrzyknięcie ma niewystarczać tak, że operacyję po kilku tygodniach wypada powtórzyć. Chory przez cały przeciąg leczenia chodzi, co najwięcej przepędza pierwszy dzień po operacyi w łóżku, co obok możności wykonania operacyi bez uśpienia podnoszą jako największą zaletę tego sposobu.

Modyfikacyję postępowania, będącą połączeniem ligatury z injekcyją, opisał Schalita: podwiązuje on naprzód guz, a po zaciśnięciu podwiązki wstrzykuje kwas karbolowy Guzy odpadają zazwyczaj między 6-tym a 8-ym dniem.

Przypatrzmy się teraz wynikom osiągniętym tem postępowaniem. Statystyka Langego obejmuje 36 przypadków, z których w jednym po kilku latach rozwinęła się recydywa, Swinford Edwards opisuje 38 przypadków, wyleczonych bez wszelkich przypadów. Andrews zebrał około 3300 przypadków, operowanych tą metodą: z tych 9 umarło (1 z ropnicy), 7 doznało nawrotu choroby, 11 zaś było zupełnie niewyleczonych; oprócz tego w 10 przypadkach przyszło do silnego bardzo zapalenia, w 23 razach do rozleglejszego ropienia, a u 83 chorych przez dłuższy czas utrzymywał się ból znaczniejszy. O ropniach wikłających przebieg pooperacyjny i to nawet bardzo ciężkich wspominają także Schalita i Kelsey.

Moje doświadczenie w tėj mierze jest bardzo tylko szczupłe, zebrane na kilku przypadkach, w których próbowaliśmy tego sposobu, wstrzykując czysty kwas karbolowy, jednakże bez widocznego skutku — zawsze musiałem się ostatecznie uciekać do wypalania guzów tak, że straciłem ochotę do dalszych prób, mimo że widziałem n. p. wcale piękne wyniki po wstrzykiwaniach kwasu karbolowego do naczyniaków na czole, powiekach, wargach itp.

Do rzędu środków niszczących guzy hemoroidalne zaliczyć wreszcie należy żelazo rozpalone, którego w tym celu używano już w starożytności w formie żegadła, stosowanego wprost na błonę śluzową kiszki. Później popadłszy w zapomnienie, dopiero znów w bieżącem stuleciu dzięki chirurgii angielskiėj i niemieckiėj znalazł środek ten rozleglejsze zastosowanie. W Anglii operują tym sposobem głównie Lee [1]) i Smith [2]), a w Niemczech za Langenbeckiem większość chirurgów przyjęła go za główną lub jedyną metodę operacyjnego usuwania hemoroid. O szczegółach sposobu operowania późniėj wspomnę, tu tylko nadmienię o różnicy w postępowaniu poszczególnych chirurgów: Anglicy, a z Niemców n. p. Küster [3]) założywszy na szypułkę guza kleszcze zaciskające odcinają takowy, a pozostały dopiero kikut przypalają termokauterem, podczas gdy większość chirurgow niemieckich przestrzegając dokładnie przepisu Langenbecka, cały guz po zaciśnięciu szypułki niszczy żegadłem. Cyfry statystyczne przemawiają wcale na korzyść tėj metody. Smith sam wykonał ją 430 razy, a stracił tylko jednego chorego, u 2 zaś chorych rozwinęło się następowo znaczne zwężenie kiszki stolcowėj; Langenbeck sam operował w ten sposób kilkaset razy bez jakichkolwiek powikłań. Wprawdzie nie brak i tu doniesień o ropnicy, wikłającėj przebieg pooperacyjny, n. p. w przypadkach Burowa [1]), Gowlanda, Holmesa i innych. Przypadki te odnoszą się jednak albo do czasów przedantiseptycznych, albo do pierwszego okresu rozwoju postępowania przeciwgnilnego.

Richet [2]) i Bazy [3]) zastosowali żelazo rozpalone w odmiennėj nieco formie celem leczenia hemoroid. Podali oni osobne kleszcze, kształtem przypominające nożyce, używane przez fryzyjerów do karbowania włosów, któremi rozgrzawszy je do czerwoności chwytają szypułki guzów i spalają. Richet stosował ten sposób 19 razy z wynikiem pomyślnym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) *Centralbl. f. Chir.* 1874, str. 319. — [2]) *Surgery of the Rect.* Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1882, str. 227. — [3]) *Chirurgisch onkologische Erfahrungen. Arch. f. kl. Chir.* T. XII.

[1]) *Bericht über die Verh. der chir. Section der 53. Versamml. d. Naturforscher. Centralbl. f. Chir.* 1880, str. 722.— [2]) *Bourrelets hemorrhoidaires emploi de la pince-cautère rougie au feu. Medic. prat.* Paris 1881. — [3]) *De l'emploi de la pince cautère écrasante dans le traitement des hémorrhoides.* Ref. w *Centralblatt f. Chirurg.* 1883, str. 687.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

† Brown-Sequard oddawna już przypuszczał, że czynność gruczołów nie ogranicza się tylko do wydzielania, lecz że wpływają one na ustrój jeszcze za pomocą rozmaitych przez się wytwarzanych produktów, które dostają się do krwi. Potwierdzenie tėj myśli widział w zmianach psychicznych u eunuchów. Dla wyjaśnienia kwestyi czynił on kilka doświadczeń. Z początku przeszczepiał zwierzętom jądra innych zwierząt tegoż gatunku, jednakowoż udało mu się takie doświadczenie tylko raz jeden na psie, który stary i osłabiony odzyskał jak się zdawało na nowo zdolność płciową. W dalszym ciągu wstrzykiwał zwierzętom krew z żyły nasiennėj, albo też ciecz otrzymaną przez rozcieranie jądra lub pęcherzyków nasiennych. Ponieważ wstrzykiwania takie nie wywoływały żadnych nieprzyjemnych skutków, odważył się więc wstrzyknąć sobie mięszaninę otrzymaną przez rozcieranie jądra morskiėj świnki z krwią wziętą u niėj z żyły nasiennėj. Skutek otrzymał zadziwiający: czynność nerwowa podniosła się we wszystkich kierunkach, autor według swych słów, „jakby odzyskał część młodości“, siła mięśniowa znacznie się powiększyła, skurcze pęcherza moczowego i jelit odbywały się z taką siłą, jakiėj już dawno nie doświadczał, zdolność do pracy umysłowėj znacznie się podniosła. W końcu zastrzega się autor, że mogło to być rodzajem złudzenia, samo-poddawania, jednakowoż jemu się wydaje, że tak nie jest. (*La Semaine médicale*, 5 czerwca).

Patologija.

H. Schmidtborn: **O duszności nerwowėj.**

Istota duszności nerwowėj polega na usposobieniu odziedziczonem lub nabytem, które potrzebuje tylko pobudki, aby wywołać wybuch napadu. Zadrażnienia te powstawają na drodze odruchu, najczęściėj z dróg oddechowych, przedewszystkiem z błony śluzowėj nosa, ale też i z innych części ciała; wzruszenia umysłowe mogą sprowadzić napad. Etyjologicznie więc stoi dychawica obok padaczki i pojęcie jėj jako kurczu odruchowego liczy obecnie najwięcėj zwolenników. Obok zboczeń w oddychaniu, najwięcėj uderzających, napotykamy barwę twarzy bladą i sinawą, czoło pokryte potem, uderzenia serca częste i nieregularne, tętno sprychowe słabe i małe, ciepłotę na odnogach obniżoną, a z objawów podmiotowych uczucie zasznurowania w piersi. Chcąc pojąć istotę dychawicy, należy zwrócić uwagę na nieprawidłowe objawy ze strony narządu krążenia; nie tłomaczy ich ani nieprawidłowe oddychanie, ani kurcz przepony, ani kurcz mięśni oskrzelowych. Jeżeli przeszkoda leży w płucach, odnosi się ona nie do ich przewiewającego działania, lecz musimy jėj szukać w małem krążeniu. Narząd oddychania bierze bardzo znaczny udział w powstawaniu i utrzymywaniu krwi obiegu i niemałe znaczenie posiada czynność narządu oddechowego dla krążenia małego. Do sił, wpędzających krew do żył płucnych, zaliczamy także mięśnie tętnic płu-

cnych, których czynność jest ta sama, co mięśni tętnic ciała. Działanie tych mięśni jest dla krążenia w płucach w tem samem znaczeniu aktem wydechowym, jak czynność mięśni wydechowych przy wypędzaniu powietrza z płuc. Muskulatura tętnicy płucnéj działa głównie w okresie wydechowym i istnieją nerwowe połączenia, zapewniające współdziałanie sił wentylujących i cyrkulacyjnych. Objawy dychawicy występują głównie przy odruchach wydechowych i można sobie wyobrazić, że chorobowy wynik tych wydechowych podrażnień rozszerza się jeszcze daléj w znaczeniu wydechania i sprowadzić może zadrażnienie nerwów, zaopatrujących mięśnie tętnic płucnych, że wywołać może ich skurcz, który wpłynie bardzo niekorzystnie na cyrkulacyjne działanie narządu oddechania; wsysający wpływ płuc przez to się zmniejsza, mniéj krwi przechodzi przez małe krążenie i mniéj krwi dostaje się do aorty. Uczucie zasznurowania jest może też następstwem skurczu mięśni naczyniowych. W końcu przemawia za tem tłómaczeniem szybki wpływ morfiny, chloralu, a przedewszystkiem azotynu amylowego. (*Volkmanna Samml. kl. Vortr.*).

Villar: **O podobieństwie zmian patologicznych wewnętrznych narządów płciowych u mężczyzny i u kobiety.**

Podawszy porównawczy opis rozwoju narządów płciowych u mężczyzny i kobiety, podnosi V. podobny sposób, w jaki powstają miejscowe zakaźne choroby, a przedewszystkiem rzeżączka. Najpierw porównywa zapalenie rzeżączkowe naczyń odwodzących (*vasa deferentia*) i przyjądrza z jednéj, a zapalenie jajowodów z drugiéj strony razem z ich stanami następowemi: puchlina pochwy jądrowéj, z krwistekiem moszen, zanikiem jąder, zapaleniem otrzewny miednicznéj i zwyrodnieniem jajników; udowadnia większe znaczenie tych spraw chorobowych dla niepłodności kobiecéj okolicznością, że zapalenie otrzewny u niewiast występuje najczęściéj obustronnie, podczas gdy u mężczyzn ogranicza się ono z powodu stosunków anatomicznych najczęściéj do jednéj strony. W ten sam sposób omawia choroby jąder w przebiegu zakaźnego zapalenia ślinianki przyusznéj, którym mają odpowiadać choroby jajników; w końcu zestawia analogiczne choroby w przebiegu ospy, płonicy, gruźlicy i kiły. (*Le Progrès med.*, 1888. Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Pott-Thomas: **O wartości postępowania przeciwgorączkowego w chorobach zakaźnych.**

Powody, które zdania sprzeciwiające się postępowaniu przeciwgorączkowemu wywołały, są wielorakie. Doświadczenia Naunyna wykazały, że króliki tygodniami sztucznie podwyższoną ciepłotę mniéj lub więcéj do 41·5°C. doskonale znosiły. Również i człowiek, choć o wiele krócéj sztucznie podwyższoną ciepłotę dobrze znosi. Jednak tu są inne warunki niż w chorobie, bo w téj ostatniéj nietylko ciepłota jest podwyższoną, ale w ogóle zakażenie i na regulacyję ciepła ujemnie wpływa.

Przeciwnicy działania przeciwgorączkowego twierdzą, że gorączka jako oddziaływanie ustroju przeciw zakażeniu jest konieczną, a nawet zbawienną. Dowodów na to jednak nie ma żadnych, chyba twierdzenia Miecznikowa, że gorączka czynności fagocytów zwiększa, a przez to wydalenie szkodliwych dla ustroju bakteryj przyspiesza.

Zapatrywania przeciwne postępowaniu przeciwgorączkowemu powstały: raz skutkiem nauki o mikroorganizmach, a powtóre skutkiem szybkiego a pewnego działania nowszych środków przeciwgorączkowych. Obie te okoliczności przekonały lekarzy, że gorączka jest tylko jednym z objawów zakażenia, że choroba, mimo zniesienia lub zmniejszenia gorączki trwa bez zmiany tak co do czasu trwania jak i przebiegu. Pott uznając te zapatrywania poniekąd za słuszne jest przecież zwolennikiem miernego i do indywidualności zastósowanego działania przeciwgorączkowego, przedewszystkiem ze względu na ulgę, jaką się choremu prawie zawsze w ten sposób przynosi, powtóre, ponieważ obowiązkiem naszym jest o ile możności zwalczać objawy chorobowe, ustrojowi zagrażające lub szkodliwe. Objawem takim zaś gorączka jest bezwarunkowo; wśród środków przeciwgorączkowych chwali kąpiele letnie (nie niżéj + 26°R) z chłodniejszemi zlewaniami, przyznaje jednak, że działa w ten sposób i podniecająco zarazem.

Thomas zgadza się zupełnie z Pottem, poleca zaś działanie przeciwgorączkowe skombinowane, t. j. kąpiele i równoczesne podawanie środków przeciwgorączkowych, wśród których najwięcéj chwali antipyrynę i antifebrynę. Naturalnie i środki podniecające znajdują u niego przy tem szerokie zastosowanie. (*Rozprawy w Sekcyi pedyjatr. 61 Zjazdu lek i przyr. niem.*). *Dr Kaden.*

† Dr. Chambard opisuje nowy przypadek pierwotnego raka gruczołów limfatycznych, w którym znaleziono jeszcze tylko małe ogniska nowotworowe w nerce, które sądząc ze wszystkiego były wtórnemi. Na podstawie istniejących danych opisuje on tę chorobę w następujący sposób: Z początku powstaje rak w jednym gruczole limfatycznym i wywołuje powiększenie i większą zbitość tego gruczołu. W następnym okresie zajmuje on i gruczoły sąsiednie, które wreszcie zlewają się w jedną masę o nierównéj pagórkowatéj powierzchni. W trzecim okresie zajmuje nowotwor głębokie gruczoły, i rozprzestrzenianie się jego staje się na pewien czas jakby utajonem. Dopiero późniéj zjawia się on w innych gruczołach powierzchownie ułożonych i oddalonych od miejsca pierwotnego powstania choroby. Rozpoznanie takiego raka przedstawia z początku znaczne trudności, dla tego też w praktyce jest rzeczą bardzo ważną zwracać uwagę na wszelkie powiększenie gruczołów limfatycznych. Wskazaną jest pomoc chirurgiczna w przewlekłem zajęciu gruczołów limfatycznych u ludzi już nie młodych i w miejscach takich, gdzie zwykle nie występują zołzy. (*Le Progrès med.*, 1 czerwca).

Farmakologija.

M. Kaposi (Wiedeń): **O erytrofleinie, jako środku znieczulającym.**

O pochodzeniu, farmakologicznych własnościach, jakoteż o działaniu erytrofleinu na spojówkę już referowano, obecnie donosimy o doświadczeniach, które przeprowadził K. w celu stwierdzenia jego znieczulających własności na skórę. K. używał, podobnie jak Lewin, *Erythrophlaeinum muriaticum* Mercka do podskórnego zastrzykiwania u ludzi i podaje następujące wyniki: Erytrofleina sprowadza u człowieka po podskórnem wstrzyknięciu miejscowe znieczulenie; potrzebna do tego dawka wahała się między 0·0025 do 0·01 i 0·02. Znieczulenie występowało dopiero po 15 minutach, a trwało 1—3 godzin. Anestezyja występuje tylko na małéj środkowéj przestrzeni miejsca zastrzyknięcia, podczas gdy na jego obwodzie występuje parestezyja. Analgezyja była często zupełniejszą niż anestezyja, gdyż uczucie dotyku prawie nigdy nie było zupełnie zniesione. Miejscowe objawy podrażnienia występowały jako uczucie palenia w miejscu zastrzyknięcia i silne bóle daleko się rozpromieniające, trwające kilka godzin lub 1—2 dni. Przedmiotowo występowało w miejscu zastrzyknięcia jako objawy podrażnienia zaczerwienienie, obrzmienie i podwyższenie się ciepłoty. Objawy ogólnego zatrucia występowały po 15 minutach do jednéj godziny po dawce 0·02 jako zawrót głowy, zwężenie źrenic, osłabienie i zwolnienie czynności serca i tętna, przyspieszenie i płytkość oddechów, nudności i wymioty; objawy te utrzymywały się przez kilka do wielu godzin. Opierając się na tych doświadczeniach nie poleca prof. K. erytrofleiny do praktycznego używania jako środka znieczulającego, przeciwnie odradza jego zastósowania w praktyce wobec miejscowych objawów podrażnienia, ogólnego działania trującego i ciasnych granic dla trującéj i miejscowo znieczulającéj dawki (0·02—0·01—0·005). nie traci jednak nadziei, że może znajdzie zastosowanie w leczeniu, gdy się uda wykluczyć jego szkodliwe własności. (*Wien. med. Wochensch*, 1888).

Choroby weneryczne.

H. Weber (St. Johann-Saarbrücken): **O leczeniu suchot kwasem węglowym.**

Halter spostrzegł, że robotnicy w piecach wapiennych nie podlegają gruźlicy, co tłómaczy tem, że powietrze powyżéj 40° wstrzymuje rozwój prątków gruźliczych. Gdyby to tłomaczenie było słusznem, to robotnicy w fabrykach szkła i wogóle ludzie, pracujący jeszcze w wyższych stopniach ciepła, tem bardziéj powinniby być wolni od gruźlicy, czego

jednak doświadczenie nie potwierdza. Weber tłómaczy bezpieczeństwo wspomnianych robotników od gruźlicy działaniem kwasu węglowego, uchodzącego podczas wypalania wapna. Chorzy na moczówkę cukrową szczególnie łatwo ulegają gruźlicy. Według teoryi Ebsteina o niedostatecznem wytwarzaniu się kwasu węglowego w cukrówce, ma kwas ten nie tylko przeznaczenie być wydzielonym jako wytwór końcowy wymiany materyi, lecz wywiera on także regulująco tamujący wpływ na rozpad glykogenu i ciał białkowych. Wskutek niedostatecznego wytwarzania się CO_2 powstaje więc cukrzyca, względnie ułatwia to jéj powstawanie. Wobec tak częstego równoczesnego występowania moczówki cukrowéj i gruźlicy usprawiedliwiony jest wniosek, że nieprawidłowość tkankowa Ebsteina sprzyja także rozwojowi prątka Kocha. Przypuszczając to, przypuszczamy chętniéj wytwarzający się przy wypalaniu wapna CO_2, niż gorące suche powietrze jako czynnik, zabezpieczający wspomnianych robotników od suchot. To zapatrywanie o działaniu CO_2, wstrzymującem rozwój gruźlicy, potwierdzają jeszcze inne powszechnie znane okoliczności. Suchoty podczas ciąży nie postępują, co K. tłómaczy tak: płód doprowadza wytworzony przez swoją wymianę materyi CO_2 nieustawicznie ustrojowi matczynemu, co wstrzymuje morderczą chorobę. Po wydaleniu płodu ustaje także powiększony dowóz CO_2, a wtedy prątki gruźlicze znowu łatwo bujają. Według Traubego posiadają chorzy na serce, których cierpienie sprowadza znaczne przekrwienie płuc, a więc przeładowanie CO_2, pewne zabezpieczenie przeciw gruźlicy; także względną *immunitas*, jaką cieszą się chorzy z rozedmą płucną, nie można inaczéj tłómaczyć, jak tylko wpływem CO_2, w ich płucach obficie nagromadzonego. Wobec tego nie dziw, że użyto w celach leczniczych CO_2. Działanie jego w powiększonéj ilości na ustrój osiągnąć można w dwojaki sposób: 1) przeszkadzając zbyt szybkiemu wydzielaniu się wytworzonego w ustroju wskutek sprawy życiowéj CO_2 lub 2) doprowadzając go ciału w zwiększonéj ilości. Weber podawał chorym dwuwęglan sodowy, 3 razy dziennie łyżeczkę po wypiciu szklanki wody z 12 kroplami kwasu solnego. Z przytoczonych 10-ciu historyj chorób widać, że chorzy po tem leczeniu czuli się lepiéj, oddech stał się łatwiejszym i swobodniejszym, apepyt się poprawiał, kaszel się zmniejszał, sen spokojniejszy i dłuższy. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 35).

M. Potain: **Kiła płuc, anatomia patologiczna, objawy i rozpoznanie.**

Kiła płuc może wystąpić pod trojaką postacią: 1) kilaków, 2) nacieku tkanki płucnéj, 3) kilaków i nacieku; do postaci drugiéj zalicza także zapalenie białe (*Bronchopneumonia desquammativa*). Objawy kiły płucnéj, które zwykle odnoszą się do okresu trzeciorzędnego, nie przedstawiają nic cechującego i podobne są do objawów, jakie dają suchoty płucne w okresie tworzenia się jam i zagęszczeń, tak, że rozróżnienie kiły od gruźlicy płuc jest często trudne, zwłaszcza, że badanie bakteryjologiczne plwocin w gruźlicy często daje wynik ujemny. Również utrudnione jest rozpoznanie, jeżeli gruźlica i kiła równocześnie występują i tu zachodzą dwie możliwości: albo kiła występuje obok gruźlicy albo odwrotnie. W pierwszym przypadku pogarsza kiła stan ogólny, osłabia ustrój i jego odporność, a prócz tego gruźlica znosi często bardzo źle leczenie przeciwkiłowe. W drugim razie występuje gruźlica zwykle w trzeciorzędnym okresie kiły, bardzo rzadko już w wtórorzędnym. Poprzednio przebyte zapalenie płuc kiłowe ułatwia prątkom gruźliczym wtargnięcie do płuc i ich rozwijanie się i skłonność do gruźlicy powiększa się. W leczeniu chorób płuc gruźliczo-kiłowych należy poprzednio leczyć kiłę jako chorobę, która osłabia ogólny stan, a potem dopiero gruźlicę. Jeżeli nawet w niektórych przypadkach suchotnicy źle znoszą rtęć, należy przecież wybierać rtęć, jako najszybciéj prowadzącą do wyleczenia, zwłaszcza, że jod w wielkich dawkach szkodzi przewodowi pokarmowemu. Łatwem jest odróżnienie od innych chorób płucnych, jak od rozstrzeni oskrzeli, raka płuc itd. (*Gaz. des hôpit.*, 1888, Nr. 137 i 138). *Dr. Baschkopf.*

Drowie Bianchi i Georgeri zalecają nowy sposób wysłuchiwania dźwięków, powstających w klatce piersiowéj i jamie brzusznéj. Wprowadzają oni sondę do żołądka i łączą ją ze słuchawką, mającą rurki dla obu uszu. Georgeri rozróżnia w ten sposób dźwięki powstające w gardzielu (n. p. wskutek tarcia sondy o zwężone miejsce), w żołądku, w sercu i przy oddechaniu. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 30 maja). *A. W.*

† Prof. Jacoud opisuje 3 przypadki gruźlicy pochodzenia urazowego. W 2 przypadkach można było dokładnie spostrzegać stopniowy rozwój choroby u ludzi zupełnie przedtem zdrowych, którzy po urazie dostali zapalenia płuc, a wkrótce i gruźlicy. Autor tłumaczy podobne przypadki tem, że uraz wytwarza warunki sprzyjające zakażeniu się. Najczęściéj uraz, po którym powstaje gruźlica, wywołuje przedtem krwioplucie i zapalenie płuc, lub też samo tylko zapalenie płuc bez poprzedzającego krwioplucia, albo też wreszcie bez tych objawów występuje wprost gruźlica połączona z upadkiem sił. Prof. Jacoud wskazuje na znaczenie podobnych przypadków dla medycyny sądowéj n. p. przy orzeczeniach sądowych co do urazów z winy kolei żelaznéj. (*La Semaine médicale*, 29 maja).

† Weltendorfer polecił choremu, który miał rozstrzeń żołądkową, połączoną z wypryskiem na tułowiu, uciskanie brzucha za pomocą gumelastycznéj opaski Martina. Wyprysk ustąpił, a równocześnie z nim ustąpiły i wszystkie nieprzyjemne objawy żołądkowe, jak to odbijanie, wzdęcie brzucha, uczucie ciężkości po jedzeniu, uporczywe zaparcie stolca. Zachęcony tem przypadkowem wyleczeniem stosuje obecnie Dr. W. działanie gumelastycznéj opaski w rozmaitych chorobach żołądka i w uporczywych zaparciach stolca i otrzymuje zadowalające wyniki. Zwykle nakłada on opaskę zaraz po jedzeniu na przeciąg jednéj godziny i używa do tego pasa gumelastycznego o szerokości 20 do 25 ctm., który posypuje pudrem w celu uniknięcia rumienia na skórze. (*Internationale klinische Rundschau* 19 maja).

Chirurgija.

Albertin: **Wskazania i przeciwwskazania do podwiązania tętnicy dogłowowéj wspólnéj.**

A. opiera się na statystyce Leforta (411 przypadków) i Wietha (prawie 800). Przyczyną do podwiązania *Carot. comm.* były zranienia z pierwotnemi lub następowemi krwotokami (po ranach postrzałowych z wojny amerykańskiéj 49 podwiązań z 37 †). Przy następowych krwotokach po owrzodzeniach lub zaniku ściany tętniczéj było na 116 podwiązań 58 przypadków śmierci (28 razy krwawienia następowe, 23 razy zboczenia mózgowe). Co się tyczy dobrowolnego uszkodzenia tętnicy, to wobec stosunkowo dobrego rokowania w *aneurysma carotideo-jugulare* wobec tętniaka tętniczego nie należy polecać operacyi. Z powodu *aneur. carot. ext.* podwiązano tętnicę dogłowową wspólną 12 razy z 2-ma przypadkami śmierci, z powodu *aneur. carot. int.* 6 razy z 2-ma przypadkami wyleczenia, z powodu nawrotu 2 razy z wynikiem śmiertelnym. W leczeniu 38 miu guzów prowadziło podwiązanie 3 razy do wyleczenia, natomiast było wobec guzów naczyniowych oczodołu na 16 operacyj 10 wyleczeń, 3 polepszenia, 1 raz bez skutku, 2 razy śmierć. Jako operacyja pomocnicza celem ułatwienia innych operacyj służyło podwiązanie w 44 przypadkach z 10-ciu przypadkami śmierci a 10 razy bez skutku. Z powodu padaczki i innych nerwowych chorób podwiązano tętnicę 26 razy z wynikiem autorowi nieznanym. Podwiązano obie tętnice 23 razy (5 razy śmierć, 18 razy wyleczenie). Jako następstwo podwiązania wystąpiło z zboczeń mózgowych omdlenie, coma, majaczenia, drgawki, ból głowy po téj saméj stronie, porażenie połowicze strony przeciwnéj, bezgłos, utrudnienie połykania, duszność, a mianowicie było na 370 przypadków podwiązania tętnicy wspólnéj 100 razy objawy mózgowe z 78-miu przypadkami śmierci. Na 320 przypadków, w których przedtem wykluczono zboczenia nerwowe i w których nie użyto podwiązania do pomocy przy innych operacyjach, mających same przez się gorszą statystykę śmiertelności, było 170 przypadków wyleczenia, a 132 śmierci, z których 73 jest następstwem jedynie zboczenia mózgowego jako bezpośredniej przyczyny śmierci. (*Prov. méd. Lyon*, 1889, Nr. 21).

Lauenstein (Hamburg): **Uwagi o leczeniu zwężenia odźwiernika.**

Na ósmym zjeździe dla medycyny wewnętrznéj w Wies-

badenie przedstawił L. dwóch chorych, z których każdy w inny sposób był operowany: jednemu z nich założono z powodu dobrotliwego, lecz nie nadającego się już do operacyi zwężenia odźwiernika z zgrubieniem ścian przed pół rokiem przetokę żołądkowo jelitową. 33-letni chory, który od wielu lat cierpiał na żołądek, a w ostatnich dwóch latach wymiotował pokarmy, przybrał od operacyi 41 funtów na wadze i ma się dobrze. Drugi 52-letni chory z ruchomym guzem odźwiernika i równoczesnem bardzo znacznem zwężeniem jego światła poddany był wycięciu i od zabiegu nietylko waży 39 funtów więcéj, lecz mógł oddać się znowu swemu zajęciu jako ślusarz. Nawiązując podaje kilka spostrzeżeń, jakie mu się nastręczyły przy rozpoznawaniu i chirurgicznem leczeniu 20-stu przypadków zwężenia odźwiernika. Ponieważ także zwężenia dobrotliwe mogą się łączyć z guzem, dla tego nie można raków i zwężeń odźwiernika natury dobrotliwéj odróżnić od siebie przy kwestyi ich chirurgicznego leczenia. Jeżeli nawet dopiero po otwarciu jamy brzusznéj można rozstrzygnąć, czy i jaki można wykonać zabieg, to przecież mamy niektóre wskazówki do rozpoznania. Z ruchomości guza można czynić pewne wnioski o istniejących zrostach i o długości dwunastnicy. Przy braku zrostów znajduje się guz odźwiernikowy, jeśli żołądek jest próżny, daleko na lewo, jeśli jest pełny, daleko więcéj na prawo. Niektóre zrosty jednak, jak n. p. z pęcherzykiem żółciowym lub z krezką okrężnicową względnie z jelitem poprzecznem, pozwalają jeszcze na znaczne ruchy We wszystkich przypadkach jest istniejący guz najłatwiéj macalny przy wypróżnionym żołądku. Wogóle jest rozstrzeń przy wrzodzie zwężającym znaczniejszą, niż przy raku. Zwężający wrzód dwunastnicy daje klinicznie te same objawy, co zwężenie odźwiernika. Zgrubienie ścian odźwiernika, idące często w parze z wrzodem zwężającym, pozwala przypuścić ruchomy odźwiernik. Kliniczne rozróżnienie wrzodu od raka nie zostaje ułatwione przez badanie drobnowidowe i chemiczne: znajdujemy wolny HCl. w raku, a brak takowego w wrzodzie. Chéra ma dla rozpoznania wielkie znaczenie. Chorzy z wrzodem zwężającym, zwłaszcza płci męskiéj, nie okazują mimo ogromnego wychudnienia ani niedokrewności ani chéry. Co do operacyi, użyć możemy, pominąwszy operacyję Lorety, następujących zabiegów: 1) Pyloroplastyka według Heinekego-Mikulicza nadaje się tylko dla zwężeń dobrotliwych bez zgrubienia ścian żołądka. 2) Gastro-enterostomija Wölflera, nadająca się w przypadkach zwężającego wrzodu lub raka, w których doszczętne usunięcie odźwiernika jest niemożebne lub zbyt niebezpieczne. Jest ona daleko mniéj niebezpiecznym i krócéj trwającym zabiegiem, niż resekcyja. 3) Wycięcie odźwiernika, stósowne w przypadkach raka i dobrotliwego zwężenia odźwiernika bez zrostów i daje ono w razie udania się idealny wynik. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

S. Wiadomość ważną dla operujących przy świetle gazowem ogłasza Stobwasser, a mianowicie, że para chloroformu przechodząc przez płomień gazowy rozkłada się, wskutek tego powstają gazy nieodpowiednie dla oddychania, a mianowicie tlenek chlorowęglowy, kwas chlorowodowy i chlor. Doświadczenia na zwierzętach wykonane w przestrzeni zamkniętéj wykazały, że pod wpływem tych gazów w ten sam sposób wywiązywanych powstaje duszność, która u jednych zwierząt kończyła się śmiercią z obrzęku płuc, inne zwierzęta przychodziły do siebie. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 34, 1889).

Choroby kobiece.

Kleinwächter (Czerniowce): **Przyczynek do leczenia ginekologicznego kąpielami.**

Opierając się przecenianiu leczenia kąpielami, autor nie może nie uznać dobroczynnych i skutecznych skutków za pomocą takiego leczenia w pewnych odpowiednich przypadkach osiągnąć się dających. Najwięcéj chwali K. leczenie to przy pozostałościach wypocin po przebytych zapaleniach przy i okołomacicznych, gdzie chłonienie niezupełnie i za powoli ma miejsce, szczególnie przy równoczesnéj niedokrewności i po ukończeniu się okresu ostrego zapalenia. Jeżeli pora roku i stosunki choréj na to pozwalają, wskazane jest dla choréj udanie się do kąpiel żelezistych, aby tam pod kierunkiem lekarza używać odpowiednich zdrojów i kąpieli. Tam, gdzie dość często niestety stosunki pieniężne na to nie pozwalają, najlepiéj, jeżeli chore w domu to samo robią. Najstosowniéj, jeżeli chore piją odpowiednie łatwe do przyswajania wody franzensbadskie, które jak wiadomo, bardzo dobrze się znosi. Bardzo ważne są kąpiele żeleziste. Dodaje się do kąpieli całkowitéj $^1/_2$—1 kilo soli borowinowéj, albo 1—2 kilo ługu borowinowego Mattoniego, względnie mięszaninę obydwu, aby działanie kąpieli spotęgować. Lepiéj z początku używać takich kąpieli rzadziéj (2 razy na tydzień) i na krótki czas (10—16 minut), aby poznać oddziaływanie na nie chorych. Jeżeli chore dobrze znoszą kąpiele, można je 5 razy na tydzień i do 30 minut stosować. Za średnią ciepłotę kąpieli uważa K. 28—34° R. Ściśle trzeba zastrzegać, aby nie używać kąpieli przed spaniem. Najodpowiedniejszy czas do kąpieli jest przed południem. Działanie takich kąpieli można wzmacniać przez gorące wstrzykiwania pochwowe za pomocą roczynów wymienionych soli i ługu. Dodaje się do wody o ciepłocie 30°—37° soli w stosunku 1:2, albo ługu 2—3% 2—3 razy na dzień. Ilość płynu ma wynosić 1—1$^1/_2$ litra. Z początku poleca się używać mniéj wody, mniejszéj ciepłoty i z mniejszéj wysokości, a tylko raz na dzień. Lepiéj, jeżeli chora przy tem poziomo leży i pozostaje w łóżku jeszcze przez pół godziny po wstrzykiwaniu. Dlatego najstosowniéj wykonywać takie wstrzykiwanie rano przed wstaniem i wieczorem przed spaniem. Chłonienie ługu borowinowego przy tem jest powiększone. Lekko ściągające działanie rozczynu soli zmniesza upławy, których nigdy w takich chorobach nie brak, a może je nawet zupełnie usunąć. Wysoka ciepłota płynu działa chłoniąco i obniża istniejące przekrwienie naczyń miednicowych. Mechaniczne działanie stałego prądu płynu zastępuje massaż, i również do dobrego skutku się przyczynia. W przewlekłych zapaleniach jajowodów, macicy, jako też w niedostatecznem zwinięciu się macicy po porodzie lub po poronieniu również można osiągnąć bardzo dobre skutki za pomocą wymienionego sposobu leczenia. (Odbitka z *Wiener med. Presse* Nr.31, 1889). *Dr. R. Spira.*

Choroby uszne.

Suarez de Mendoza: **Przypadek wyleczenia padaczki po wyłuszczeniu ukleja jamy bębenkowéj wypełniającego przewód uszny.**

Chory 28-letni cierpiał od 9 lat padaczkę, którą dotąd wszelkiemi środkami bezskutecznie leczono. Przewód uszny zewnętrzny był wypełniony uklejem sięgającym do skrawka ucha. Dotykanie guza wywoływało natychmiast napad padaczkowy, lekki ucisk sprowadzał napady zawrotu głowy. Przystąpiono do wyłuszczenia nowotworu. Ze względu na często przy operacyi powtarzające się przypady zawrotu głowy musiano postępować nadzwyczaj ostrożnie. Najprzód wydobyto część ukleja, a w innem posiedzeniu zdołano wyłuszczyć drugą część już bez wystąpienia zawrotu. Resztę guzu zniszczono w 8 dalszych posiedzeniach, a ropienie ustało po trzech tygodniach. Od tego czasu chory był wolnym od zawrotu i nie miał nigdy więcéj napadu padaczkowego. (*Revue mens. de Laryng.*, 1888). *Dr. R. Spira.*

Choroby skórne i weneryczne.

Herzenstein (Petersburg): **W jaki sposób należy chronić osesków od zarażenia się kiłą od mamek.**

W Petersburgu zdarzają się zarówno przeniesienia kiły z mamek na osesków, jak i odwrotnie, a sposobu do zapobiegania temu są następujące: 1. Bez zezwolenia urzędu zdrowotnego nie może nikt trudnić się zawodowo dostarczaniem mamek (dotychczas trudnili się tem między innymi stróże zakładów położniczych). 2. Biura mamek powinny zostawać pod dozorem urzędu zdrowotnego i nie mogą dostarczać mamki do karmienia, dopóki pierwéj nie została dokładnie zbadaną przez lekarza fachowego. 3. Każda mamka powinna posiadać książkę zdrowia, w któréj lekarz zapisuje uwagi o stanie zdrowia nie tylko mamki, ale także, o ile to możebne i jéj dziecka. 4. W wielkich zakładach położniczych powinny być urządzane urzędowe biora mamek, ponieważ zawsze pewna liczba kobiet, które tam porodziły, przyjmuje obowiązki mamek i klasa wykształcona chętnie zwraca się do zakładów położniczych z prośbą o świeżą mamkę. 5. Zakłady dla podrzutków nie powinny oddawać mamek do

domów prywatnych, ponieważ często nie można dowiedzieć się o podrzutkach, czy nie pochodzą z rodziców kiłowych. (*Monatschr. f. prakt. Derm.* 1888, Nr. 8).

Ed. Kraus (Wiedeń): **Przyczynki statystyczne do patologii kiły dziedzicznej**

W przeglądzie statystycznym z oddziału poliklinicznego prof. Montego stara się K. odpowiedzieć na szereg pytań, tyczących się kiły odziedziczonej. Liczba przypadków tej postaci kiły wynosiła w przeciągu 15 lat na 50.000 leczonych dzieci 316, t. j. 0·68%; chłopcy i dziewczęta byli w równej ilości. Co do wieku, przypada $^3/_4$ przypadków) po odciągnięciu nawrotów) na pierwsze trzy miesiące życia. Nawroty występowały w bardzo odmiennych porach, najczęściej jednak dopiero po czwartym miesiącu życia i obejmują prawie połowę wszystkich spostrzeganych przypadków. Co do postaci była u dzieci po raz pierwszy zapadłych wysypka plamista najczęstszą, po niej następuje wysypka guzkowa, plamisto-guziczkowa, chrostkowa i łuszczyca. Między nawrotami przeważały znacznie kłykciny sączące. Obrzęki śledziony znalazł w 20·36%; kiłę kości (włącznie z pseudoparalizą) w 7·24% wszystkich przypadków; obrzęki wątroby tylko 4 razy. Śmiertelność wynosiła (uwzględniając materyjał polikliniczny) 43 przypadki, z których 21 było w pierwszym kwartale życia. Najczęstszą przyczyną śmierci było zapalenie płuc albo oskrzeli (12 razy), jako też nieżyt i zapalenie jelit (10 razy). W końcu wylicza K. przypadki wodogłowia i krzywicy jako choroby następowe kiły wrodzonej; znalazł: krzywicę w 24 przypadkach, wodogłowie w 15 tu; obie choroby w 7 przypadkach. (*Arch. f. Kinderheilkuude*, tom IX, zeszyt 2).

Dr. Baschkopf.

Medycyna sądowa.

† Dr. John A. Cones opisuje jedyny dotychczas przypadek obfitego pocenia się pośmiertnego. Choremu, 42 lat liczącemu, który cierpiał na białkomocz połączony z hematuryą, wstrzyknięto na 3 dni przed śmiercią 4 razy chlorek pilokarpiny (we wzrastających dawkach aż do 0·02). W ciągu ostatnich 48 godzin chory ciągle się pocił. Po śmierci ciało obmyto i zupełnie suche położono na stole. Po 16 godzinach znaleziono jednak wszystkie prześcieradła i poduszki, na których leżał trup, przesiąkniętemi potem; skóra ciała również była mokrą i lepką. Zjawisko to tłumaczy autor przeważnie w ten sposób, że pod wpływem pilokarpiny gruczoły potowe i otaczające je przestrzenie limfatyczne przepełniły się cieczą, która wskutek stężenia pośmiertnego została mechanicznie wypchniętą na zewnątrz. W końcu zwraca autor uwagę na sądowo-lekarskie znaczenie tego przypadku, a mianowicie, że pocenie się nie może być dowodem pozornej i nie przemawia przeciw rzeczywistej śmierci. (*The Lancet*, 25 maja.)

Toksykologija.

Winternitz: **Badania ilościowe nad wsysaniem i wydzielaniem rtęci.**

Za pomocą bardzo czułego sposobu podanego przez prof. Hofmeistra badał W. ilość wydzielonej rtęci przy wcieraniach, wstrzykiwaniach kalomelowych, wewnętrznem i miejscowem używaniu sublimatu. Na podstawie tych doświadczeń jakoteż badań dla oznaczenia ilości rtęci, która z maści się ulotniła, twierdzi autor, że ilość rtęci, moczem wydzielonej, jest największa przy wstrzykiwaniach kalomelu i wewnętrznem używaniu, mniejszą przy wcieraniach, a najmniejszą, prawie żadną przy miejscowem stosowaniu sublimatu, wreszcie, że pochłanianie rtęci przy wcieraniach przynajmniej częściowo odbywa się w postaci lotnej, wskutek ulotnienia się z maści. (*Wien. med. Woch.*, 1888, Nr. 44). *Dr. Baschhopf*

Notatki lecznicze.

(Dr. Bf.). Używanie **balsamu kopaiwowego jako środka opatrunkowego** przy ranach źle granulujących poleca gorąco Beach; macza on gazę w balsamie, wyciska mocno i uzyskuje takim opatrunkiem zdrową ziarninę. Kwas kopaiwowy, którego doświadczał w mniemaniu, że on jest skutecznym składnikiem balsamu, dawał wyniki ujemne (*Boston med. and surg. Journ.* 1889).

(Dr. Bf.). W pracy z kliniki Erba o **moczopędnem działaniu kalomelu** dochodzi Heuck do następujących wniosków: Kalomel można polecić także w puchlinie nerkowej najczęściej dla doświadczenia. Polyuryja występuje bezpośrednio 3—4-go dnia i trwa do 5—6-go dnia; poprzedza ją dwudniowe pomniejszenie ilości moczu. Gdy *maximum* zostało osiągnięte, wtedy dalsze dawki kalomelu nie powiększają więcej dyjurezy. Ciężar gatunkowy i zawartość białka w moczu zmniejszają się przy dyjurezie, nie spostrzega się wpływu na serce. Z objawów zatrucia rtęciowego spostrzega się tylko biegunkę; zapaleniu jamy ustnej można zapobiedz za pomocą chloranu potasowego; ślinotok nie występuje. Jako dawkę poleca się 3 razy dziennie 0·2, w każdym razie, nie więcej, niż 4·0 w całości, obok tego chloran potasowy do płukania ust, a przy wystąpieniu silnej biegunki nastój makowca.

(Dr. Bf.). **Viburnum prunifolium w fałszywych bólach porodowych.** L. Hinton (*Therap. Gaz.* 1889, Nr. 6) używał podczas 33-letniej swej praktyki *tinctura Viburni prunifolii* zawsze z dobrym skutkiem dla zwalczenia fałszywych bólów porodowych; nastój przygotowywuje sobie sam z zielonego korzenia. Także podczas porodu podaje go; pierwsze bóle nie zmieniają się co do nasilenia. Nigdy nie było po użyciu tego środka krwotoków ani znaczniejszych bólów poporodowych.

(Dr. Bf.). **Do leczenia cuchnących potów nóg** poleca Sprinz (*Ther. Monatschr.*, 1889) kwas borowy w następującej postaci: zwilża się podeszwę pończoch w nocy 3% kwasem borowym i pozostawia się przez noc do wysuszenia. Przez zmianę 3 razy w tygodniu tak przygotowanych pończoch można wyleczyć nawet uporczywe przypadki.

(Dr. Bf.). **Leczenie świądu sromu** według Goodela (*L'Union med.*): Rp. *Acid. carbol.* 4·0, *Morphin. sulf.* 0·6, *Ac. borici* 8·0, *Vaselin.* 60·0 *S.* Kilka razy dziennie posmarować; przed każdem zastosowaniem obmycie ciepłą wodą.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 13-te z dnia 16 października 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 23.

1) Przewodniczący poświęca kilka słów wspomnienia zmarłemu niedawno koledze Drowi Aleksandrowi Rybczyńskiemu. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Rosenzweig miał zapowiedziany wykład „o sacharynie jako leku i przyprawie“ i przedstawił wyniki doświadczeń w tej mierze wspólnie z prof. Jaworskim przedsięwzięnych (rzecz ta umieszczoną była w *Przeglądzie Lekarskim*.

W dyskusyi zabierali głos koledzy Gluziński, Jaworski i przewodniczący.

3) Kol. Krokiewicz okazuje preparat anatomiczny trzew osoby, zmarłej w szpitalu św. Łazarza w oddziale kol. Paszkowskiego, który u osoby tej rozpoznał za życia tętniak tętnicy płucnej, co też sekcyja w zupełności potwierdziła.

Kol. Paszkowski objaśnił przebieg choroby i opowiedział szczegółowo objawy za życia spostrzegane.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

V. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

Gdy zastanowimy się teraz nad drogami, jakiemi tegoroczna cholera przedostała się do arabistańskiego Iraku, i nad jej szybkim postępem ku północy, uderzą nas dwa stósownie do teoryj prawie zgodne z sobą przypuszczenia. Podług źródeł urzędowych cholera miała tu się przedostać z Bengalu, za pośrednictwem parostatków angielskich lub okrętów żaglowych, dążących od Bombaju lub Kuraczy przez zatokę perską i Szat-el-arab do Bassory. Ztąd za pośrednictwem parostatków rzecznych i łodzi żaglowych zaraza przedostała się do Bagdadu, Szatry i Nessyeh, te dwa ostatnie punkta położone są nad Eufratem. Przypuszczenie prawdopodobne. Szkoda tylko, że urząd sanitarny w Bassorze nie zanotował ani nazwiska, ani pochodzenia inkryminowanych okrętów. Bo ta to właśnie okoliczność odjęła możność zadecydowania o indyjskiem pochodzeniu zarazy. Co więcej, cholera 1 sierpnia wybuchła najprzód w Szatra, a dopiero 7 t. m. została stwier-

dzoną w Bassorze przez rozpoznanie jéj u jednéj kobiety przybyłéj przed kilku dniami z Tile, miejscowości położonéj w pobliżu Mohamera, zatem nad granicą perską. Fakt ten daje dość stałą podstawę, pozwalającą przypuszczać możebność powstania zarazy, wskutek przyczyn czysto miejscowych. W istocie z zacytowanych wyżéj dat wybuchów cholery w téj prowincyi i z uwzględnienia tak warunków klimatycznych Mezopotamii, jako też i danych ogólno zdrowotnych, uznanych za najgorsze tak w osadach arabskich, jak i pośród plemion koczujących, można się zgodzić na zdanie uważania tegorocznéj cholery za powstałą na miejscu Możemy wreszcie poprzeć to przypuszczenie i spostrzeżeniami takich badaczy jak proff. Brieger, Bauman, Grancher, Richard itd., którzy udowodnili żywotność chorobotwórczego zarazka, ustalanie się jego w warstwach gleby i drogi, jakiemi przedostaje się do ustroju. Nie będzie więc dalekiém od etyjologicznéj prawdy, jeżeli pozwolimy sobie uważać glebę pewnych okolic arabistańskich, ich wody i otoczenie, za źródła sprzyjające rozwojowi chorób zakaźnych. Gleba ta bowiem jest nasiękłą temw szystkiém, co podlega procesowi rozkładu gnilnego. Wody okoliczne są mętne i zanieczyszczone, jakkolwiek doprowadzone od większych zbiorników, lecz tylko za pośrednictwem sieci płytkich rowów, często zasypywanych piaskiem pustyni. Wreszcie i obszerne bagna, w jakie obfituje miejscowość, zdają się także nie pozostawać bez wpływu na wytwarzanie się ognisk zakaźnych.

Jeżeli więc pierwiastek wywołujący cholerę został uznany za posiadający własność zaduchowo zakaźną i długotrwałą energię życiową, można więc przypuścić, że i na glebie arabistańskiego Iraku mógł on przetrwać jakiś okres czasu, i doczekać się chwili, gdy przybysz indyjski, wznowiwszy niejako siłę jego miejscowego bytu, stał się też bodźcem ku rozbudzeniu jego złośliwéj działalności. Jednakże i pomimo całéj poważnéj podstawy, na jakiéj opiera się dziś kwestyja powstawania chorób zakaźnych, powyżéj zacytowane porównanie wcale nie rozwiązuje zapytanie: czy tegoroczną cholerę w Iraku należy uważać za zawleczoną z Indyj, czy też wybuchłą z danych etyologicznych charakteru miejscowego. Obie te drogi uważając za prawdopodobne przypatrzmy się teraz samemu postępowi zarazy.

Już od początków lipca b. r. zauważano w Szatra i Nessyeh niezwykłą śmiertelność. Przypisywano ją jednak tak tu często panującym czerwonkom, groźnym zimnicom z dominującemi przypadami duru (*typho-malaria*). Gdy jednak w tak lichych osadach przypadki zejść stawały się częstszemi, a czas trwania cierpienia nie bywał dłuższy od 1 do 4 dni, wtedy lekarz sanitarny Dr. Gazala, wysłany z Hylleh, zadecydował, że choroba grasująca w dwóch tych punktach, jest to cholera azyjatycka. Wiadomość podobna wywołała konieczne zastosowanie środków ostrożności najbardziéj energicznych. Ustawionym więc został łańcuch straży sanitarnych i Dr. Gazala kazał spalić siedmset bud zakażonych! Zwrócono się i do władzy wojskowéj. Ta jednak nierozporządzając odpowiedniemi siłami i w porozumieniu z naczelnikiem powiatu, dbała o zabezpieczenie bardziéj zaludnionych punktów, wymówiła się od wysłania lekarzy do miejsc zakażonych. Powtórzyło się więc teraz toż samo, z czem mieliśmy do walczenia w latach uprzednich, tak, że tylko rodak nasz Dr. Lubicz i Dr. Gazala z całą dzielnością pracowali pośród dziesiątkowanej ludności. Pomimo wszakże niezmordowanych usiłowań zarazy nie dało się umiejscowić. Przeskakiwała ona po prostu po za ustalone łańcuchy; i wkrótce też przy niepodobieństwie zupełnego powstrzymania żeglugi łodziami na Eufracie i ruchu karawan, widzimy cholerę w Musseibie i w Kurna, pomijając już inne drobniejsze osady. Śmiertelność spowodowana w okresie czasu od końca lipca do połowy sierpnia doszła w tych miejscowościach do 1072 osób.

Gorzéj jeszcze działo się w Bassorze. Tutaj bowiem, podobnie jak w Szatra, zaraza nie została na czasie rozpoznaną, ale nawet i dzień jéj wybuchu przypuszczalnie tylko został oznaczony. Zaraza też w pierwszym tygodniu sierpnia zabrała 180 osób; rozwlekła się do okolicznych osad arabskich ustalonych w lasach palmy daktylowéj; nieoszczędziła nawet urzędu sanitarnego i wreszcie ustaliła się w jednéj z najbardziéj ludnych części miasta, przerzniętéj brudnemi kanałami i zamieszkałéj przez ubogich Arabów, sąsiadujących z niechlujnemi jak zawsze i wszędzie Persami. Do końca września zaraza grasowała tu z całą swą energiją. I dopiero z chwilą przybycia tu gubernatora Hydaeta-baszy i udzielenia istotnych pomocy sanitarnych, przypadki nieszczęśliwych zejść stawały się rzadszemi i zaraza nie ustępując zupełnie, złagodniała jednak znacznie, tak że w początkach października zanotowano tam tylko dwa przypadki zejść i to z liczby dawniéj zapadłych. Jaka jednak była liczba ofiar? nad tem się nie zastanawiam, przechodząc do wskazania dróg, jakiemi zaraza przedostała się ku północy.

Powód nierozpoznania zarazy w Bassora, od pierwszéj chwili jéj tu ukazania się, tłumaczy nam, dla czego w ciągu trzech tygodni prawie kommunikacyje między tym punktem i Bagdadem trwały bez przerwy i regularnym trybem. Głębokość Szat-el-araby pozwala na zawijanie do Bassory największych okrętów. Od Bassory jednak w górę Tygru kursują tylko parostatki rzeczne, cztery z towarzystwa Lyntch i dwa z towarzystwa żeglugi otomańskiéj. One to zwykły przystawać do okrętów przybywających z Indyj, którym oddają towar wywozowy, zabierając do dalszego transportu podróżnych i towary wwozu. Parostatkiem i w górę rzeki przestrzeń z Bassory do Bagdadu przebywa się w ciągu dni trzech. Z powrotem i wskutek bardzo niestałego dna rzeki podróż zwykła trwać dłużéj. Niemniéj zaś potrzeba 17—20 dni na przybycie téj przestrzeni konno. Ten jednak ostatni sposób utrzymywania stosunków jednego punktu z drugim ustał z chwilą otwarcia żeglugi parostatkami na Tygrze, tak że ruch karawanowy odbywa się na krótkich przestrzeniach, a kommunikacyja za ich pośrednictwem między głównemi punktami prowincyi wcale nie egzystuje. Nie podobna więc wątpić, że cholera wybuchła w Bassora przedostała się do Bagdadu za pośrednictwem przewozowych parostatków, które dotykając przybrzeżnych punktów rozsiały zarazę w licznych miejscowościach porzecza Tygru. W ten to sposób została zakażoną Amara i Kuth i zaraza rozwlekła się też i na porzecze Szat-el-Hay. Dostawszy się zaś do Bagdadu i znalazłszy tam odpowiednią dla swego rozwoju glebę rozwielmożniła się z całą siłą. Dzień też 14 sierpnia pozostanie pamiętną datą tegorocznego wybuchu cholery w stolicy prowincyi. (Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

* Organ rządowy najwyższéj Rady zdrowia we Wiedniu podaje ciekawą statystykę osób lekarskich w zachodniéj połowie monarchii; wynika z niéj, że aż do r. 1879 liczba osób lekarskich ciągle się wzmagała we wszystkich krajach koronnych, pomimo że się od roku 1848 liczba chirurgów ciągle zmniejszała; od lat 10 zaś liczba ostatnich znacznie się zmniejszyła, a liczba osób lekarskich nie znacznie tylko się powiększyła. I tak w r. 1879 było w zachodniéj połowie monarchii 4682 doktorów, a w r. 1889 5261, a więc o 579 więcéj; zato obecnie jest tylko 1825 chirurgów, więc o 1079 mniéj, czyli niedobór osób lekarskich wynosi 500, a jednak liczba mieszkańców znacznie się powiększyła. W poszczególnych krajach atoli rzecz przedstawia się inaczéj. Niedobór odnosi się do wszystkich krajów koronnych z wyjątkiem dwóch, które przedstawiają zwyżkę, a temi są: Austryja dolna (z Wiedniem) + 125 i Galicyja + 20, podczas gdy największy niedobór okazuje się w Czechach (—178), w Styryi (—110), w Austryi górnéj (—94), w Tyrolu (—73) i w Morawii (—47). Prawda, że inaczej przedstawia się rzecz, jeżeli się uwzględni stosunek lekarzy do cyfry ludności. Pod tym względem najgorszy stosunek zachodzi na Bukowinie, gdzie 1 lekarz przypada na 10967 mieszkańców, daléj w Krainie (1:10413), a następnie w Galicyi (1:10324), podczas gdy w Austryi dolnéj stosunek jest najlepszy (1:1576 m.). Zapewne, że Galicyja pod tym względem przedstawia stosunek bardzo niekorzystny, ale jakaż na to rada? Statystyczne stwierdzanie cyfry niekorzystnéj wystarcza na dowód, że u nas jest znacznie gorzéj, aniżeli gdzieindziéj; ale czy tem samem podany jest i środek zaradczy, jakim ma być postaranie się o kształcenie większéj liczby lekarzy? Czy istnieje pewność, albo nawet tylko prawdopodobień-

stwo, że z wykształceniem większéj liczby lekarzy złe stanowczo zostanie usuniętem. Bynajmniéj. Zadowoli się przeto tylko statystyków, przy stole zielonym cyframi manewrujących. Bo przypuśćmy, że skutkiem zwiększonéj liczby lekarzy za lat kilka w Galicyi stosunek zmieniłby się o tyle, że 1 lekarz przypadałby nie na 10.000, lecz na 5000 lub 3000 mieszkańców, czy ztąd wyniknie rzeczywista korzyść dla ludu wiejskiego, pozbawionego opieki lekarskiéj? Lekarze nie przestaną garnąć się do miast, zwłaszcza większych, bo przecież niepodobna żądać od lekarza, aby po tylu latach pracy mozolnéj osiadł na wsi, gdzie ani mieszkania, ani utrzymania nie znajdzie, a pozbawiony towarzystwa, narażony będzie na upadek moralny. Powstanie więc poletaryjat lekarski w miastach, a lud wiejski tak samo pozbawiony będzie pomocy lekarskiéj, jak dotychczas. Zkąd bowiem pochodzi owa świetna cyfra w Austryi dolnéj? O niéj stanowi Wiedeń; zkąd również korzystna cyfra w Tryjeście i jego obwodzie? O niéj stanowi wielkie miasto portowe i stosunkowo mały obwód. Na cóż lekarz młody ma narazić się na męczeństwo na wsi, skoro każdéj chwili może wstąpić do wojska, gdzie w przeciągu roku zostaje lekarzem pułkowym i ma zaszczytne i dobre stanowisko. Dopóki państwo czy krajnie postarają się o to, aby lekarz poświęciwszy się praktyce na wsi miał należyte pomieszczenie i utrzymanie, dopóty o usunięciu złego mowy nie będzie. A czy może ma to być dla młodych lekarzy zachętą do osiadania na wsi, że rząd wprawdzie domaga się zaprowadzenia ustawy dla lekarzy gminnych, ale wszystkie koszta zwala na kraj, a ustawa ta nie przychodzi wcale na porządek dzienny i zostałaby odrzuconą z pewnością, gdyby była umieszczoną na porządku dziennym, z powodu całkiem naturalnego, że wielka bieda w kraju panująca nie pozwala na nowe wydatki. A statystycy żądają, żeby z tą biedą jednostki lekarskie się łamały, żeby one robiły ze siebie poświęcenie! Czego ani rząd uskutecznić nie może, a reprezentacyja kraju odsuwa od siebie z powodu faktycznéj niemożności, na to zdobyć się mają jednostki, od których społeczeństwo i tak przyzwyczaiło się żądać bardzo wiele, nierównie więcej, aniżeli od każdego innego stanu i zawodu wymaga. Wskazują nam pp. statystycy świetne stosunki w Anglii i Ameryce północnéj; ale zapominają przeprowadzić porównanie między dobrobytem tych krajów a niezwykłą biedą galicyjską. Dobrobytu nam potrzeba, a lekarze znajdą się. Niechaj nasz wieśniak będzie w możności opłacenia lekarza, wtedy gminy postarają się o niego, o pomieszczenie odpowiednie i utrzymanie dla niego — albo niechaj państwo i kraj będą w stanie wyposażenia należytego lekarzy gminnych i zapewnienia im opatrzenia na starość, to wielu lekarzy chętnie porzuci miasto, gdzie walka o byt coraz staje się cięższą, a pospieszy tam, gdzie byt ich skromny będzie zabezpieczony. Innego wyjścia nie ma, wszystko inne pozostanie mrzonką, pozostanie cyfrą statystyczną na papierze.

R. Stern: **O wpływie wentylacyi na drobnoustroje bujające w powietrzu.**

Nie mogąc opisywać sposobu badania, podjętego przez autora, a mającego na celu wykluczenie możliwych pomyłek, podajemy jedynie rezultaty jego dokładnych badań. Cząstki pyłu, zawierające prątki, względnie zarodniki, osiadają w spokoju na podłodze; po upływie jednéj lub 2 godzin nie zawiera powietrze wśród tych warunków wcale prątków, ani zarodników. Jeżeli się w tym czasie zmyje podłogę i sprzęty płynem przeciwprątkowym, można pokój uważać za odrażony. Wentylacyja, która powietrze w pokoju odnawia 4-kroć w przeciągu godziny, nie wpływa wybitnie na usunięcie prątków, względnie zarodników z powietrza. Dopiero silny przeciąg zdoła usunąć zarodniki z pokoju, jeżeli sprowadza przynajmniéj 7-krotną odnowę powietrza. Doświadczenia autora podjęte celem szybkiego wyjałowienia powietrza przez wywiązywanie pary wodnéj, któraby mechanicznie sprowadzała zarodniki na podłogę, nie odniosły rezultatu, dla tego też zdaniem S. użycie spraju nie jest odpowiedniem. Nawet silny przeciąg nie zdoła usunąć zarodników przyczepionych do podłogi lub sprzętów i ubrań. To też samo wietrzenie ubrań, pościeli i dywanów jest bezskutecznem, jeżeli się tych przedmiotów równocześnie nie trzepie lub nie omiata, zabiegi te jednak mogą w razie obecności przyrzutów chorobowych sprowadzać niebezpieczeństwo dla służby temi czynnościami zajętéj. (*Zeitschrift f. Hygiene* 1889, tom VII). *Schaitter.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 listopada. Na ostatniem posiedzeniu swem Wydział lekarski wybrał prof. Cybulskiego członkiem komitetu biblijotecznego, poparł jednogłośnie podanie profesora Rydla do Ministerstwa o systemizowanie posady 2-go asystenta przy klinice chorób ocznych, i Dr. Maks. Cerchy o przedłużenie asystentury przy klinice położniczéj na dalsze 2 lata, wreszcie uchwalił prosić ponownie Wys. Ministerstwa o systemizowanie katedry higijeny i urządzenie zakładu odpowiedniego przy Uniw. Jagiellońskim.

* Projekt ustawy dla lekarzy gminnych, przedłożony przez Rząd, a który umieściliśmy w całości, nie przyszedł tym razem wcale na porządek dzienny w Sejmie; tem samem i wniosek mniejszości komisyi sanitarnéj, uczyniony przez rektora Dr. Korczyńskiego, prof. Czyżewicza i posła Dr. Ołpińskiego, a razem i z tym wnioskiem dalszy wniosek o uchwalenie potrzeby urządzenia zakładu higijenicznego w Uniw. Jagiellońskim chyba dopiero w roku przyszłym przyjdą pod obrady Sejmu.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyja zechce może w następnym numerze swego czasopisma umieścić następującą wiadomość:

Otrzymaną od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nagrodę imienia Tytusa Chałubińskiego w kwocie rs. 240, czyli 295 złr. uzupełniam do sumy 350 złr. i przeznaczam na stypendyjum w kwocie 50 złr. miesięcznie dla młodego lekarza, któryby zechciał pracować przy klinice chirurgicznéj krakowskiéj od 1 stycznia do ostatniego lipca (końca roku szkolnego) 1890 r.

Zgłoszenia przyjmuję do 20 grudnia r. b.

Warunek. Dokładna znajomość anatomii patologicznéj i biegłość w badaniu histologicznem. Dla tego też asystenci lub dawniejsi asystenci zakładów anatomii patologicznéj otrzymają pierwszeństwo. Dyplom austryjacki wcale nie potrzebny.

Z prawdziwem poważaniem: *prof. Rydygier.*

* Kol. prof. Jaworski otrzymawszy od Wys. Ministerstwa urlop dla poratowania zdrowia, wyjechał do Arco, a w miesiącu styczniu bawić będzie w Mentonie. Pospieszamy z tem doniesieniem ze względu na rodaków naszych, bawiących w tychże miejscowościach, a którym zapewne miło będzie dowiedzieć się, że w razie potrzeby mogą używać rady i opieki znakomitego specyjalisty rodaka.

* Otrzymaliśmy okólnik c. k. starostwa rzeszowskiego, wystosowany do wszystkich zwierzchności gminnych i pp. przełożonych obszarów dworskich w sprawie szerzenia się płonicy w obrębie tego starostwa. Okólnik ten, ułożony zapewne przez zabiegliwego fizyka powiatu rzeszowskiego, ma na celu pouczenie ludu prostego o istocie i objawach szkarlatyny i o środkach, jakich przestrzegać należy, celem zapobiegania téj morderczéj chorobie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Asystent pierwszy prof. Bergmanna Dr. Bramann powołany został jako nadzw. profesor chirurgii do Gryfii, lecz wezwania nie przyjął.—**Wiedeń.** Radzcy nadworni i proff. Gustaw Braun, Meynert i Widerhofer mianowani zostali członkami Najwyższéj Rady zdrowia. **Berlin.** Prosektor Dr. Jan Virchow (syn Rudolfa) mianowany został profesorem nadzw.

* **Wiadomości osobowe.** Osiedli: Dr. Walenty Kretowicz w Gorlicach, Dr. Emilijan Lebedowicz w Kołomyi, Dr. Onufry Jakliński w Kozłowie jako lekarz miejski. Dr. Zygmunt Feuerstein osiadł w Sołotwinie (pow. Bohorodczański) jako lekarz dworski, a Dr. Jakób Dubs przeniósł się z Kut do Czerniowic. — Stopień doktora w nauk. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Aleksander Dulęba, rodem z Kleczanowa w Król. Polskiem. — Starszym lekarzem warmii czynnéj mianowany Dr. Bazyli Kuryłowicz; zastępcą asystenta Dr. Maryjan Szajnowski; prow. lekarzem korwety Dr. Eugieni Ciastoń.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł Dr. Edward Quiquerez, prosektor szpitala na Wiedeniu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 47: Jakowskiego: Niezwykły przypadek przewlekłéj nosacizny u człowieka (c. d.); Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnéj przy chor. narządów płciowych kob.; Sędziaka: Intubacyja krtani (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 47: Heimana: Uderzenie w twarz; śmierć po 8 dniach. — W *Kronice Lek.* Nr 11: Kryńskiego: O przyczynach ostrych zapaleń ropnych (dok.). — W *Przewodniku higijen.* Nr. 8: Jordana:

O wpływie higijeny na zdrowie, życie i pracę człowieka.—W *Wiadom. Lek.* Nr. 16: Piska: O nerwowéj niemocy serca (dok.); Germaina Sée: Terapija chorób serca (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. F. OBTUŁOWICZ: Verschieden. Abhandlungen (Virchowa *Archiv* 118 t., 1889) in 8-vo, str. 8. — Tenże: Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj. (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1889) in 8-vo, str. 14.— Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1886 i 1887. Lwów 1889, in 4-to, str. 66 i LXXIX.— Dr. WAGNER (w Petersburgu): K woprosu o koliennom refleksie w myszecznoi silie u lichoradiaszczych. (Odbitka z *Wracza* 1889) in 8-vo str. 38 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 4 grudnia o godzinie 6-téj wieczór w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne swe posiedzenie, na którem kol. prof. Pieniążek przedstawi i omawiać będzie przypadek twardziela krtani (*Skleroma laryngis*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 926. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 13 listopada 1889 L. 49.057 wydanego wskutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 4 listopada 1889, rozpisuje się konkurs na posadę prymaryjusza oddziału kiłowo-skórnych dla kobiet przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Do posady téj stałéj przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr., tudzież prawo do trzech dodatków pięcio-letnich po 200 złr.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic państwa austryjackiego. Nadto wykazać należy specyjalne studyja i praktykę szpitalną w dziale chorób syfilistycznych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy **do 24 grudnia 1889** na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Lwów, dnia 26 listopada 1889 r. 118—4—1

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.